

PET/CT(FDG)検査依頼票(診療情報提供書[様式1])

FAX送付先: 0476-99-1991

千葉北総病院医療連携支援センター

お問い合わせ TEL: 0476-99-0158

千葉北総病院PET検査室

依頼元	貴院名	⇒ 変更な けば記載 不要	TEL		
	診療科		FAX		
	依頼医師		住所		

患者情報	フリガナ	生年月日: 年 月 日			
	氏名	男	女	身長	cm
	住所	〒		TEL	-
				携帯	-
家族氏名	関係:	TEL	-	-	-

悪性腫瘍の確定診断名		検査目的	病期診断・転移検索	再発診断
		悪性リンパ腫の治療効果判定		

1か月以内に核医学検査を行っていない	6か月以内にPET検査を行っていない
--------------------	--------------------

ADL: 自力歩行 杖歩行 車いす ストレッチャー	30分の静止: 可 不可
---------------------------	--------------

認知症: 無 有	閉所恐怖症: 無 有	難聴: 無 有	酸素: 無 有
----------	------------	---------	---------

検査予約日時 ※土日祝を除く ※入院中は不可 ※G-CSFは2週間以上前から休薬	年 月 日 () 時 分
--	---------------

撮像部位	頭部から大腿部	頭部からつま先	付き添い: 要 不要
------	---------	---------	------------

貴院での次回外来日(結果説明): 月 日 ()	結果のFAX: 要 不要
--------------------------	--------------

臨床経過 ・既往など	診断の経緯・過去の悪性腫瘍歴・手術歴は明記してください。自由様式の別紙(コピー用紙など)でも構いません。				
---------------	--	--	--	--	--

病理	無 有 ⇒	年 月/内容			
----	-------	--------	--	--	--

マーカー			画像検査		
------	--	--	------	--	--

治療歴	手術	無 有	年 月	内容
	化学療法	無 有	年 月	内容
	放射線治療	無 有	年 月	内容

悪性腫瘍の告知	済 未 ⇒ 説明内容	人工肛門	無 有
---------	------------	------	-----

糖尿病	無 有 ⇒ 薬剤	尿路変更	無 有
-----	----------	------	-----

体内留置機器	無 有 ⇒ ペースメーカー 除細動 その他	透析	無 有
--------	-----------------------	----	-----